TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Dacryoadénite aiguë consécutive à l'ingestion d'Iodure de potassium à faible dose,

Par le Dr Ch. Prioux, de Reims.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de dacryoadénite aiguë consécutive à l'ingestion d'une faible dose de KI. Contestée par quelques auteurs, la dacryoadénite aiguë constitue assurément une affection rare, et l'étiologie que nous venons de signaler n'ayant pas encore été rapportée, nous croyons intéressant d'en relater l'observation.

M. X., 36 ans, bien portant habituellement, d'un tempérament quelque peu arthritique, sans autres antécédents pathologiques, se sentant la tête lourde, embarrassée, eut l'idée le 1er septembre dernier, de prendre de l'iodure de potassium qui, six ou 7 ans auparavant, l'avait déjà guéri de semblables malaises. Pendant 8 jours il en absorbe 0,60 cent. à chacun des 2 principaux repas, soit 1 gr. 20 par jour d'une solution fraîchement préparée sans ressentir d'autre inconvénient qu'un léger coryza et quelques douleurs dans les muscles de la nuque ; les yeux, sensibles à la lumière, l'obligent à porter des verres fumés. Mais le soir du 9e jour, il commence à souffrir légèrement dans la région sus-orbitaire du côté droit ; ces douleurs augmentent pendant la nuit ; une fièvre légère s'allume, et le lendemain matin, au réveil, l'œil présente tous les symptômes de la dacryoadénite aiguë ; gonflement de la partie externe de la paupière supérieure, rougeur et tuméfaction plus prononcées au niveau de la glande lacrymale ; chémosis de la conjonctive dans l'angle externe, les mouvements de l'œil, surtout en dehors, sont douloureux ; la région orbitaire externe est très douloureuse à la pression, l'œil est sensible à la lumière. A la palpation on sent une tumeur mal délimitée, assez dure, et, en attirant fortement la paupière en haut et en dehors, on voit apparaître la portion palpébrale de la glande lacrymale, gonflée et un peu plus rosée qu'à l'état normal. C'est alors que le malade vient nous consulter. Persuadé que les accidents en présence desquels nous nous trouvions pouvaient être mis sur le compte d'iodure de potassium j'ordonnai d'en cesser immédiatement l'usage, sans instituer d'autre traitement. En effet, le soir même le gonflement et la douleur diminuaient peu à peu pour disparaître complètement le lendemain matin. En 24 heures, la résolution était complète et il ne restait plus traces d'une affection qui présentait la veille tous les caractères d'une inflammation glandulaire aiguë tendant rapidement à la suppuration.

Au dire de Panas, la dacryoadénite aiguë constitue une affection rare comparée à celle chronique. Il en cite cependant une vingtaine de cas où elle serait survenue à la suite de la rougeole (Brière, Sichel fils, Adler) dans le cours de la blennorrhagie, (Armagnac, Seelligsohn), après l'influenza (Lindner), a frigore (de Lapersonne Elschnig), avec les oreillons (Korth, Dor, Hirschberg, Dufour et Letulle), cas recueillis par Leriche, *Thèse* de Paris (1893), dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique (Panas). Nous-même, avons eu l'occasion d'observer en août 1900 un cas de dacryoadénite aiguë suppurée chez un enfant de 14 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde contractée 2 ans auparavant avait présenté de la parotidite, puis des abcès du bras. Mais, sauf dans le cas de de Lapersonne et d'Elschnig, dacryoadénite a frigore), on retrouve partout un élément infectieux que nous n'avons pu rencontrer dans le cas qui nous intéresse en ce moment. Comment pourrons nous donc établir une relation de cause à effet entre l'iodure de potassium et la dacryoadénite aiguë ? Il nous faut pour cela nous reporter à l'action physiologique de l'iodure de potassium.

On admet qu'une grande partie des effets de KI doit être mise sur le compte de l'élément iode. — Y-a-t-il mise en liberté de l'iode dans l'organisme ? Peut-être. On l'a supposé et cet iode demeuré libre serait immédiatement fixé par les substances albumineuses, ce qui aurait

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

lieu, soit dans le sang, soit dans les ganglions lymphatiques, soit dans les parois des vaisseaux. La pénétration de l'atome iode dans les molécules de l'albumine aurait pour résultat de rendre plus facile leur désassimilation, d'où accélération des échanges organiques (Kämmerer). Les matières septiques en circulation dans le sang seraient détruites par cette intervention de l'iode. Or, quelques minutes après l'ingestion, on retrouve KI, ingéré comme médicament, dans tous les produits de sécrétion (salive, urine, bile, etc). ; en général, au bout de 24 heures, tout l'iode absorbé est éliminé principalement à l'état d'iodure de sodium, ce qui montre que l'iode, s'il devient libre dans l'organisme, ne tarde pas à satisfaire son affinité pour les métaux alcalins qui y existent (Nothnagel et Rossbach). On sait également que l'usage plus ou moins prolongé de KI produit des altérations des muqueuses nasales, buccales, pharyngiennes, bronchiques et des conjonctives. On a bien décrit la conjonctivite iodique. — On peut penser que ces phénomènes sont dus à l'action de l'iode qui, sous l'influence des azotates de l'acide carbonique et des acides gras, peut se dégager de KI, qui s'élimine avec le mucus nasal, la salive et la sueur.

Si nous examinons maintenant la composition des larmes d'après Lerch, nous y trouvons, pour 98, 223 d'eau :

1,257 de chlorure de sodium ;
0,504 albumine.

D'après ce que nous avons dit précédemment l'iode mis en liberté va se combiner d'une part avec le chlorure de sodium pour former du chlorure de potassium et de l'iodure de sodium, et, d'autre part, il sera fixé par l'albumine des larmes. Il se produira au niveau de la glande lacrymale un travail plus ou moins actif de désassimilation et d'échanges organiques, selon l'impressionnabilité individuelle à KI ; de là, inflammation de la glande lacrymale, élimination des toxines et suppuration dans les dacryoadénites infectieuses. Quoi qu'il en soit de la pathogénie de cette affection, il n'en est pas moins vrai que l'injection de KI à dose même faible peut provoquer une dacryoadénite aiguë, et que l'on devra toujours y songer en présence d'une inflammation de la glande lacrymale.

II

Symblépharon congénital avec coloboma de la paupière,

Par le Dr Dujardin (de Lille).

Parmi les anomalies congénitales qui peuvent affecter les paupières, le symblépharon est assurément d'une rareté exceptionnelle. Dans les traités classiques, on en fait à peine mention ! Mackensie cite bien deux cas, ceux de Riberi et de von Amnon, mais sans les rapporter (1).

A une époque plus rapprochée, un confrère italien, le Dr Osio, relate dans *el Siglo Medico* un cas très intéressant de coloboma des paupières compliqué de symblépharon. A défaut de l'observation originale, nous en trouvons l'analyse dans la *Revue Générale d'ophtalmologie* (1883, p. 421).

« Il s'agissait d'un enfant de quatre mois qui présentait un coloboma congénital des deux paupières supérieures ; symblépharon et abcès de la cornée à l'œil droit, et une atrophie du globe oculaire gauche à la suite d'une inflammation qui se développa peu de jours après sa naissance. Osio disséqua le symblépharon et appliqua trois points de suture dans la paupière droite, desquels les deux points inférieurs se dégagèrent, mais le point de suture supérieur résista, ce qui facilita en grande partie la protection de la cornée et la conservation de l'œil. A cause du symblépharon, Osio considère le coloboma plutôt comme consécutif à une inflammation pendant la période de l'évolution palpébrale qu'à un arrêt de développement. »

A la suite de cette observation très curieuse, nous avons cru intéressant de citer, à titre de document, un fait personnel offrant quelque analogie avec le précédent.

Obs. Le 1er septembre 1902, on vient nous consulter, des environs de Maubeuge, pour un enfant de quatre semaines, Gilbert Ma.,., venu à terme, issu de parents sains, non syphilitiques, normalement constitué, sauf en ce qui concerne les yeux qui présentent les particularités suivantes.

A l'œil gauche, on remarque sur le bord de la cornée, en haut et en dedans, un petit leucome arrondi, de couleur grisâtre, sans adhé-

(1) Mackensie.—Traité des maladies de l'œil, vol. I, p. 145.

rence à l'iris ; le reste de la cornée est bien transparent. L'œil ne présente aucune rougeur et l'enfant ne paraît pas souffrir de photophobie.

A l'œil droit, on constate également un leucome, situé aussi sur le limbe cornéen ; mais non symétrique à celui de l'œil gauche ; ici le leucome siège en bas et en dedans, il n'est pas adhérent à l'iris. La paupière inférieure présente à sa partie interne, en dehors du point lacrymal, un coloboma constitué par une fente en forme de V, à branches très écartées. Du sommet de cette encoche palpébrale, part un repli membraneux, blanchâtre qui va s'insérer sur le leucome : cette bride oculo-palpébrale est surtout apparente lorsque l'œil est sollicité à regarder à droite, elle s'étend jusqu'au cul-de-sac de la conjonctive.

L'opération n'étant pas urgente est remise à plus tard à cause du jeune âge de l'enfant et du désir des parents, qui paraît légitime.

Le coloboma de la paupière, dans le cas présent, rappelle bien la définition de Guillemeau. « Il semble qu'on ayt levé et emporté une pièce qui lui mancque pour être entière ». Faut-il l'attribuer à un arrêt de développement ? La coexistence des opacités cornéennes constatées aux deux yeux doit faire rejeter cette origine. Comme dans l'observation du Dr Osio, on doit admettre un état inflammatoire des yeux pendant la vie intra-utérine, des abcès marginaux de la cornée qui ont dû se terminer sans perforation très probablement puisque l'iris est bien en place. A l'œil droit, l'abcès, plus grave, s'est ulcéré et la cicatrisation s'est effectuée aux dépens de la conjonctive ambiante attirée comme dans le ptérygion : le développement de la paupière inférieure a dû être gêné par les tiraillements incessants de la conjonctive et il s'est formé une encoche à l'endroit du bord libre soumis au maximum de traction.

De quelle nature peut-être cette inflammation survenue pendant le cours de la vie intra-utérine ? Panas a rapporté autrefois un cas de variole intra-utérine (*Gazette des hôpitaux*, 1871) à laquelle on devait attribuer l'existence de leucomes constatés à la naissance. Ce n'est pas notre cas. L'hypothèse de la syphilis des parents paraît également devoir être écartée aussi bien que celle de la tuberculose. La mère a eu une grossesse très régulière, sans maladie intercurrente et sans accident d'aucune sorte. Les éléments font donc défaut pour éclaircir la pathogénie du processus inflammatoire qui a déterminé les malformations constatées aux yeux de l'enfant au moment de sa naissance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE HEIDELBERG (*Suite*).

1re *Séance de Démonstration.*

Président : Schirmer (Greifswald.)

Rœmer (Wurzbourg), Raehlmann (Münich), Peters (Rostock), Elschnig (Vienne), von Hippel (Heidelberg), **présentent les préparations concernant leurs communications.**

Axenfeld. — *a*) **Contribution à l'étude anatomo-pathologique des fractures de l'orbite.**

L'auteur présente des préparations concernant un cas de hernie « orbito-cérébrale ».

b) **Néoformation de substance vitreuse dans l'œil** (*Transformation vitreuse de l'iris*).

L'examen microscopique d'un œil atteint de glaucome absolu a montré une configuration remarquable de l'iris ; cette membrane tout entière, aussi bien sur sa face antérieure que sur sa face postérieure et jusqu'au corps ciliaire, était recouverte d'une membrane vitreuse qui semblait fortement adhérente avec le tissu irien. La transformation vitreuse de l'iris partant de l'angle de la chambre antérieure est assez fréquente dans le glaucome (Wagenmann, Michel), mais elle est rarement aussi développée.

c) **Masses fibrineuses dans une cataracte calcaire luxée.** (Préparations du Dr Verulke, Odessa.)

Wagenmann (Iéna). — **Anatomie pathologique de la rupture de la choroïde et de l'iridodialysie.**

Les couches internes de la choroïde ont été seules déchirées ; la rupture de la choroïde commençait au point d'entrée d'une artère ci-

liaire. La rétine est déchirée sur toute l'étendue de la rupture de la choroïde. Les bords de la plaie sont réunis par un tissu cicatriciel grêle. Iridodialyse. La dialyse a été causée par une rupture de la zonule.

UTHTOFF (Breslau). — **Préparations microscopiques concernant la diphtérie de la conjonctive humaine.**

1° Diphtérie de la conjonctive et des paupières. Fausses membranes, infiltration du tissu interstitiel, début de nécrose de la cornée, névrite optique.

2° Nécrose de toute la conjonctive bulbaire et nécrose grave de la cornée.

3° Diphtérie et scarlatine. Nécrose streptococcique de la conjonctive bulbaire et ulcération de la cornée.

TIER (Aachen). — **Démonstration d'une tumeur de l'orbite.**

Ostéome de la paroi supérieure de l'orbite, chez une jeune fille de 20 ans. L'œil du côté où siégeait la tumeur était en enopthalmie de 1 cm. ; pas de diplopie, pas de stase dans le fond de l'œil. Cavité visuelle normale.

DIMMER. — **Présentation de Photogrammes du fond de l'œil.**

L'Aut. a obtenu de très beaux résultats depuis sa dernière communication en 1901. Grâce aux perfectionnements de son instrumentation, il a pu abaisser le temps de pose à 1/16 de seconde. Les photographies qu'il obtient directement ont un diamètre de 30 mm., il est facile de les agrandir et d'en doubler le diamètre. Ces photographies représentent le fond de l'œil sur un espace de 5 à 6 diamètres pupillaires, elles sont très nettes et permettent de reconnaître les plus fins détails. En changeant la direction latérale ou verticale de l'œil on peut obtenir l'image d'autres régions de l'œil.

HEIM (Breslau.) — **Présentation de photogrammes stéréoscopiques.**

GULLSTRAND (Upsal). — **Présentation d'un instrument permettant de voir l'image des rayons émis par un point lumineux.**

G. combine un verre sphérique + 12 D à un cylindre convexe de 4 D ; puis il met cette loupe à la place de l'objectif de la lunette astronomique.

PFLUGER (Berne). — **Présentation de quelques instruments.**

Instrument permettant d'opérer dans la chambre antérieure, sans perte d'humeur aqueuse. — Crochet de Stilling muni d'un protecteur permettant de le sortir facilement de la chambre antérieure.

Discussion : LEVINSOHN (Berlin) a fait un instrument ressemblant à la pince-ciseaux de de Vecker, qui permet aussi d'opérer dans la chambre antérieure sans perte du liquide.

STOEWER (Witten) présente un instrument qui permet d'extraire le cristallin dans sa capsule.

V. JELUCG (Dresde). — **Ophtalmo-fantôme pour les exercices ophtalmoscopiques.**

Sur un support sont montés deux yeux. Par un mécanisme très simple, on peut produire l'enophtalmie ou l'exophtalmie.

La courbure de la cornée a 8 mm. de rayon. Le diamètre de l'iris peut varier de 2 à 10 millimètres. La lentille a une puissance de 66 D. La distance du pôle postérieur de la lentille à l'image rétinienne est donc de 15 mm. L'image du fond de l'œil est reproduite avec sa coloration naturelle sur de petites cupules métalliques montées sur un cylindre que l'on peut changer ; une échelle placée sur le cylindre donne en dioptries la réfraction de l'appareil.

HERZOG (Berlin). — **Sur le développement des muscles de l'œil.**

L'auteur affirme l'origine épithéliale du sphincter et du dilatateur de la pupille, tandis que le muscle ciliaire proviendrait du mésoderme. — Il présente de nombreuses préparations.

Deuxième séance.

Président : GULLSTRAND (Upsal).

W. VOLKMANN (Berlin). — **Sur les conséquences pratiques qui découlent de la théorie de l'électro-aimant.**

Partant de la distinction entre la force attractive et la force portante, on peut établir les propriétés des grands aimants et de la sonde magnétique.

En ce qui concerne la force d'attraction, on peut admettre, conformément à la théorie, que le poids de l'éclat n'a aucune importance, tandis que sa forme joue un très grand rôle. On a observé, pour des éclats que l'on rencontre dans la pratique et situés au même endroit, des forces d'attraction variant de 1 à à 250. Il faut donc employer le gros électro-aimant avec beaucoup de prudence. A côté de l'importance du poids de l'éclat, il faut signaler avant tout ses dimensions.

Pour les électro-aimants à force portante (aimants-sondes) la forme de l'éclat a peu d'importance (la force varie de 1 à 3) ; en revanche son diamètre doit être considéré. Plus l'éclat est petit et plus la force est en rapport avec son poids. Pour l'essai de ces aimants, les poids de 5 milligr. et de 1 mm. de diamètre sont très recommandables.

Il n'est pas très utile d'employer des sondes plus épaisses que les éclats. L'aimant ne doit pas être très lourd non plus. Un aimant de 100 gr. avec une sonde de 20 mm. de longueur sur 1 mm. d'épaisseur porte 5 milligr. avec un courant de 2 vol. 4 ampères. Un aimant de 100 gr. porte dans les mêmes conditions le double environ. — Un aimant de 1800 gr. porte le triple.

HAAB (Zürich). — **Sur l'emploi du gros électro-aimant.**

Il expose les résultats que lui et ses assistants ont obtenus dans ces dix dernières années par l'emploi du gros électro-aimant dans 170 opérations. Sur 165 cas, l'extraction du corps étranger a réussi 141 fois (86 %). Dans 34 cas l'éclat se trouvait dans la rétine, l'extraction réussit 28 fois. Dans 134 cas l'éclat se trouvait derrière l'iris et le cristallin, l'extraction fut possible dans 111 cas = 83 %. L'auteur expose ensuite sa méthode.

Dans ses 38 dernières interventions, l'auteur n'a pu employer le petit électro-aimant et dans ses 120 dernières interventions il ne l'a employé que 3 fois ; car le gros aimant suffit pour l'extraction des corps étrangers de la chambre antérieure. L'iridectomie n'est pas nécessaire. En ce qui concerne les résultats définitifs, l'acuité visuelle est restée suffisante dans le tiers des cas (sur 165 cas, 51=30 %). 19 fois l'œil a pu être conservé mais avec perte complète de la vision.

Discussion : SCHREIBER a signalé 4 interventions heureuse, avec l'aimant de Volkmann. Il loue la mobilité de ce gros aimant.

MAYWEG (Hagen). — Dans certains cas le petit aimant peut rendre de grands services.

SCHLŒNER (Münich) a vu se produire des déchirures de l'iris avec le gros aimant ; avec de l'expérience et de la prudence, on peut diminuer le nombre des accidents dans une large mesure.

HAAB. — L'aimant-sonde produit une blessure du corps vitré ; c'est ce que l'on évite avec le gros aimant.

LEBER n'admet pas que tous les éclats puissent être amenés dans la chambre antérieure, les éclats encapsulés en particulier.

VOLKMANN est du même avis.

FRANKE. — **Diagnostic et traitement des affections intra-bulbaires.**

F. parle de l'emploi des rayons X pour le diagnostic de ces affections, et montre des radiographies rétro-bulbaires. Il montre les avantages de l'opération de Krœnlein et expose sa méthode personnelle.

Discussion : WAGENMANN (Iéna) prétend que les rayons X ne donnent pas toujours des renseignements exacts au sujet des corps étrangers intra-orbitaires, en particulier, ils ne nous permettent pas d'affirmer avec certitude si le corps étranger est en dedans ou en dehors de la sclérotique.

AXENFELD (Fribourg). Dans un cas de carcinome de la glande lacrymale, les rayons X n'ont donné qu'une ombre très faible. Les résultats de cette méthode ne sont pas toujours positifs.

SCHMIDT-RIMPLER (Halle) recommande l'emploi des sondes pour le diagnostic des tumeurs intra-oculaires.

FUCHS (Vienne). — Dans bien des cas, l'extirpation des tumeurs intra-orbitaires est possible sans l'opération de Krœnlein.

GUTMANN (Berlin) signale un cas d'exophtalmie guéri par l'iode.

PLUGER (Berne) a pu extraire un fibrome de la partie antérieure de l'orbite, sans employer la méthode de Krœnlein.

FRANKE. — Pour les interventions sur le fond de l'orbite, l'opération de Kroenlein est absolument nécessaire. Même dans les cas où la tumeur s'est développée d'une manière diffuse, l'opération de Kroenlein permet encore de ménager l'œil.

KRUCKMANN (Leipzig.) — **Iridocylite syphilitique.**

L'auteur établit un parallèle entre les affections syphilitiques de l'œil et celles de la peau et des muqueuses.

Discussion : HAAB (Zurich) recommande la tuberculine pour le diagnostic différentiel de l'iritis gommeuse.

PFLUGER (Berne) est du même avis.

AXENFELD (Fribourg) et MAITO (Tokio). — **Nerfs intra-scléraux.**

Dans certains yeux normaux, on peut trouver très près et derrière le corps ciliaire un nerf qui s'enfonce perpendiculairement dans la sclérotique ; ce nerf a une épaisseur double de celle des nerfs ciliaires ordinaires, et il se divise dans l'espace suprachoroïdien en deux branches : l'une va en avant, l'autre en arrière. L'auteur démontre que ce nerf est fourni par la confluence des nerfs intra-scléraux.

O. SCHIRMER. — **Sur la sécrétion des larmes après l'extraction du sac.**

S. a observé, sur 50 patients dont le sac lacrymal avait été extirpé depuis 3 à 8 années, que le plus souvent l'œil ne pleurait plus dans la chambre, mais pleurait encore quand il est exposé au vent. Le larmoiement n'a été diminué que dans la moitié des cas. L'amélioration n'est pas produite comme le pense Tscherno-Schwartz par l'atrophie des glandes ; cette atrophie, démontrée chez le lapin, n'est pas prouvée chez l'homme.

Quand l'épiphora persiste et se complique de conjonctivite et d'ectropion, l'extirpation de la glande lacrymale accessoire donne les meilleurs résultats.

H. WOLFF (Berlin.) — **Sur la théorie de la skiascopie, et mesure de la réfraction par la skiascopie. — Skiascope électrique ; Remarques sur l'aberration de la sphéricité de l'œil.**

L'auteur a déterminé par son procédé la réfraction de 82 yeux astigmates, dans 74 cas (80 %) il a obtenu une approximation de 1/4 de dioptrie.

GULLSTRAND (Upsal). — **Remarques sur la couleur de la macula.**

D'après les recherches de l'auteur et contrairement à l'opinion de Schmidt-Rimpler, la rétine n'est pas colorée au niveau de la macula.

GREEFF (Berlin). — **Sur une Fovea externe dans la rétine humaine.**

Les moyens de fixation et de durcissement dont nous disposons actuellement ne nous permettent pas d'étudier avec assez d'exactitude la rétine à sa place réelle. La région de la fovea en particulier est toujours plissée et courbée. Nous n'avons donc pas encore de renseignements suffisamment exacts sur la conformation de la macula lutea et la fovea centralis. Greef, se basant sur la longueur des cônes et des bâtonnets de toutes les parties de la rétine, prétend qu'il y a à la partie externe de la rétine un endroit où cette membrane s'abaisse ; c'est la fovea externe. D'après les mesures de l'auteur, cette fovea serait 8 fois moins profonde que l'autre.

2e Séance de Démonstration.

FRANKE (Hambourg), KRUCKMANN (Leipzig), LIEBRECHT (Hambourg), BAENZIGER et SILBERSCHMITT (Zurich) présentent les préparations concernant leurs communications.

HEINE (Breslau). — **Déchirures de la membrane élastique dans l'œil myope.**

H. explique les foyers par des altérations de la rétine et de la choroïde, produits par un allongement mécanique.

La lame élastique présente des déhiscences de grandeur variable. Quand ces déhiscences sont petites, elles s'accompagnent seulement d'altérations du pigment ; c'est là sans doute la lésion primitive. Dans la suite, les altérations secondaires se montrent, ce sont des modifications régressives ou des néoformations de l'épithélium pigmentaire, qui peuvent produire des cicatrices hypertrophiques de la rétine.

GRUNERT (Tübingen). — **Rétinite septique et métastatique.**

G. rapporte un cas de septicémie cryptogénétique avec complication du côté de l'œil. 4 jours avant la mort, une ophtalmie métastatique subaiguë avec exsudat pupillaire et hypotonie avait apparu sur l'œil droit. Deux jours avant la mort, on remarquait sur l'autre œil des hémorragies et des foyers blanchâ-

tres, dont l'aspect était celui de la rétinite septique. L'examen anatomique de l'œil droit montra une iridocyclite suppurative avec infiltration du corps vitré et une rétinite suppurative. Sur l'œil gauche, au lieu de trouver les foyers de dégénérescence des fibres nerveuses décrits par Roth et Herrnheiser, on trouva des infiltrations de cellules rondes, ayant pour point d'origine les vaisseaux de la rétine, et qui avaient traversé les couches externes de la rétine sans provoquer d'irritation du côté de la choroïde. Dans la partie rétro-bulbaire du nerf optique et surtout au voisinage des gros vaisseaux il y avait plusieurs abcès.

Ce cas démontre que les altérations visibles à l'ophtalmoscope dans la septicémie (rétinite septique de Roth) ne sont pas seulement produites par un processus dégénératif d'origine toxique, comme dans la rétinite de l'anémie pernicieuse de la leucémie et le diabète, mais encore par un processus inflammatoire métastatique.

STOCK (Fribourg). — **Examen anatomo-pathologique d'un cas de kératite parenchymateuse d'origine syphilitique.**

BEST (Giessen). — **Préparations microscopiques.**

1° Mastzellen très bien colorées par l'hématoxyline et le brun de Bismarck.

2° Kératite en bandelette.

De LIETO-VOLARO (Naples). — **Anatomie pathologique du gerontoxon.**

Ces préparations montrent une infiltration des corpuscules graisseux non seulement dans la région trouble, mais encore dans les parties transparentes.

MAYWEG (Giessen). — **Carcinome de la paupière.**

HESS (Würzbourg). — **Recherches sur l'anatomie comparée de l'épithélium pigmenté.**

HAMBURGER (Berlin). — **Sur l'origine de l'humeur aqueuse.**

DOR (Lyon). — **Photographie d'une vésicule superficielle de la cornée** (Herpès atypipique).

DIMMER (Graz). — **Microphotogramme d'une fovea centralis fixée au sublimé, sur lequel on voit difficilement la fovea externe.**

LEBER (Heidelberg). — **Appareil pour l'éclairage de la sclérotique.**

WINTERSTEINER (Vienne). — **Altérations secondaires des kystes athéromateux péri-bulbaires.**

(*A suivre.*) Dr ABT.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du décollement rétinien par les injections dans la capsule de Ténon.

M. L. Dor a présenté, à la Société nationale de médecine de Lyon, une malade, âgée de quarante-neuf ans, myope de six dioptries, atteinte d'un décollement rétinien datant de cinq mois, traitée déjà sans succès dans une ville voisine par plusieurs injections sous-conjonctivales d'eau salée et qui a guéri en quelques jours à la suite d'une seule injection pratiquée dans l'espace de Ténon. Actuellement, la malade peut lire les plus petits caractères, alors qu'il fallait la conduire dans les rues lorsqu'elle est venue à Lyon. Son autre œil présente une chorio-rétinite maculaire ancienne.

Voici la formule de la solution employée :

Chlorure de sodium	5 gr.
Carbonate de soude	0 gr. 40
Sulfate de soude	0 gr. 40
— de potasse	0 gr. 40
Phosphate de soude	0 gr. 10
Eau distillée	Q.S. p. 20 gr.

On injecte une pleine seringue de Pravaz dans la capsule de Ténon au moyen d'une aiguille courbe, construite spécialement à cet effet. Cette aiguille doit être enfoncée entre le droit inférieur et le droit externe, pénétrer presque jusqu'à la garde, et on doit sentir que son extrémité est libre.

Lorsqu'on injecte le liquide, on ne doit voir aucun chémosis.

Il est prudent de faire précéder cette injection d'une piqûre de morphine, attendu que la douleur est assez vive pendant un quart d'heure, mais cette douleur est beaucoup moins forte qu'on ne se le figure et n'est pas à comparer avec celle que provoquent les injections sous-conjonctivales.

Tous les décollements ne guérissent pas par

cette méthode, mais on guérit en général ceux qui sont assez étendus pour aller jusqu'à la papille du nerf optique. Le liquide semble sortir par aspiration au niveau des espaces lymphatiques de cette région.

Si le décollement est limité, s'il est périphérique et si on compte sur une véritable osmose au travers de la sclérotique, on sera déçu. Il faut dans ces cas employer une autre médication. On a le choix entre les pointes de feu et l'électrolyse. On peut toujours commencer par les pointes de feu, qui guérissent quelques cas peu prononcés ; mais si l'on ne réussit pas, il faut avoir recours à l'électrolyse.

Quant au décubitus dorsal, M. L. Dor le proscrit complètement. Aucun de ses malades n'est resté immobile plus de quarante huit heures. Il conseille seulement le repos dans une chambre obscure. (*Lyon médical*, 1902, n° 12).

Dr Gibbons. —**Des injections sous-conjonctivales dans certaines affections culaires.** (*Journal of eye ear and throat*, juillet-août 1902.)

L'auteur a fait dans ses dernières années de nombreuses injections sous-conjonctivales et il affirme que bien rarement il les a faites sans résultat. L'effet se fait sentir le plus souvent en 24 ou 48 heures. Il pratique les injections tous les deux jours.

Le cas suivant est intéressant à relater : chez une jeune fille atteinte d'iritis gommeuse, avec exsudat abondant dans la chambre antérieure, la cornée trouble permettait difficilement de voir la pupille. Un traitement spécifique général énergique était appliqué depuis quelque temps déjà et l'œil allait plus mal. C'est alors que 2 injections sous-conjonctivales de sublimé amenèrent une amélioration notable après la 3e : l'exsudat de la chambre antérieure et la gomme de l'iris disparurent. Bientôt la cornée reprit sa transparence.

Pendant que cet œil guérissait des foyers de choroïdite apparaissaient dans l'autre œil. Quelques injections sous-conjonctivales de ce côté amenèrent une prompte amélioration dans l'espace d'une semaine.

La rapidité de l'effet thérapeutique sur un œil puis sur l'autre montre bien l'importance du traitement local même dans les cas où le traitement général reste sans résultat.

L'auteur a observé de nombreux cas de ce genre qu'il serait trop long d'énumérer.

La cautérisation étoilée de la cornée comme moyen de traitement conservateur des hydrophtalmies.

Si l'énucléation du globe oculaire ne s'impose pas toujours dans les cas d'hydrophtalmie, il n'en reste pas moins que l'augmentation pathologique du volume de l'œil, qu'il s'agisse d'hydrophtalmie congénitale proprement dite ou bien de staphylomes, nécessite d'autres interventions sanglantes, telles que l'iridectomie avec ou sans extraction du cristallin, voire l'amputation du segment antérieur de l'œil. Or, comme ces amputations ne donnent pas des résultats tout à fait satisfaisants, qu'elles exposent à l'ophtalmie sympathique et exigent, dans la suite, le port d'un œil de verre, M. le docteur Dianoux, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine de Nantes, a eu l'idée de leur substituer un procédé qui, tout en étant exempt de ces inconvénients, est beaucoup plus facilement accepté par l'entourage du malade : il consiste à ramener le volume de l'œil à peu près à la normale en n'agissant que sur la cornée, et exclusivement au moyen du thermocautère.

Notre confrère fait d'abord une cautérisation très superficielle, en dessinant, avec la pointe chauffée au rouge sombre, une étoile dont tous les rayons commencent un peu en deçà des limites de la cornée et convergent vers le centre de cette membrane. Le nombre de ces lignes varie naturellement selon l'étendue de la surface de l'ectasie ; en tout cas, il faut laisser entre elles un espace d'au moins 1 millimètre, afin d'éviter la nécrose. Ces premières cautérisations effectuées, on repasse par les mêmes raies jusqu'à ce qu'on ait traversé les deux tiers, au moins, de l'épaisseur de la cornée. On trace alors, au centre, un cercle d'environ 2 millimètres de rayon (ou même plus si la dilatation est très considérable), que l'on évide progressivement en cône ; puis, avec la pointe du thermocautère portée brusquement au rouge vif, on en perfore le centre et on laisse s'écouler l'humeur aqueuse. Pour terminer, on saupoudre la cornée de bismuth et on place un bandeau compressif qu'on ne renouvelle qu'au bout de trois jours ; on change ensuite le pansement matin et soir,

en ayant soin de procéder, chaque fois, à un nettoyage à l'eau bouillie et d'instiller quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine et à la cocaïne.

Dans le cas où le volume de l'œil est encore excessif trois mois après l'intervention, M. Dianoux fait une seconde cautérisation et assure, au besoin, l'évacuation de la chambre antérieure pendant plusieurs jours, en introduisant un stylet mousse au centre du cône. En outre, s'il y a un excès de tension, il est bon de pratiquer, deux fois par jour, le massage de l'œil.

On ne doit pas réduire par trop, d'emblée, le volume du globe oculaire, de crainte que l'atrophie ultérieure ne dépasse le but, et cela surtout lorsqu'on a affaire à une hydrophtalmie congénitale de date ancienne, le coussinet cellulo-graisseux rétrobulbaire étant, en pareille occurrence, définitivement atrophié par suite de la pression du globe ectasié. Chez l'adulte, l'atrophie trop considérable de l'œil est beaucoup moins à craindre que chez l'enfant ; aussi peut-on ramener, dès la première opération, le globe à la dimension voulue.

L'intervention dont il s'agit sera ultérieurement complétée, à l'occasion, par un tatouage artistique ; mais il va sans dire que celui-ci ne sera pratiqué que lorsque toute trace d'irritation aura disparu.

L'ulcère de la face postérieure de la cornée et son traitement.

On admet généralement que l'ulcère de la cornée a toujours pour point de départ les couches antérieures de cette membrane et que l'accumulation du pus dans la chambre antérieure n'est que la conséquence du processus destructif. Or, en étudiant l'anatomie pathologique de la kératite purulente, M. le docteur Elschnig est arrivé, au contraire, à la conclusion que, s'il existe un rapport de cause à effet, entre ces deux phénomènes, c'est non pas l'ulcération de la cornée, mais l'hypopyon, qui joue le rôle primitif, le contact du pus contenu dans la chambre antérieure amenant une altération des cellules épithéliales de la membrane de Descemet et déterminant ainsi une perte de substance du côté de la face postérieure de la cornée.

Cette conception, basée exclusivement sur des constatations anatomiques, s'est trouvée justifiée cliniquement dans 2 cas qu'a eu l'occasion d'observer S. Klein (de Vienne), et dans lesquels il existait un ulcère de la face postérieure de la cornée, sans que la face antérieure de cette membrane eût subi la moindre altération destructive.

Il va sans dire que la plupart des moyens de traitement qu'on emploie habituellement contre l'ulcère cornéen, tels qu'instillations d'atropine ou de cocaïne, lavages antiseptiques, applications d'iodoforme, cautérisation ignée, etc., ne peuvent pas avoir de prise sur la lésion qui débute par la face postérieure de la cornée. La kératotomie de Sæmisch, à laquelle on ne se décide généralement qu'en dernier lieu dans les cas d'ulcère ordinaire, s'impose ici d'emblée. Le pus une fois évacué, il faut encore, dans la suite, rouvrir la plaie à plusieurs reprises pour donner issue au liquide purulent nouvellement formé ; puis, dès que la suppuration est tout à fait tarie, la cicatrisation ne tarderait pas à s'établir. Après avoir pratiqué l'opération de Sæmisch, M. Klein a eu recours, avec succès, à la faradisation pour calmer les douleurs ciliaires, qui persistaient malgré la paracentèse de la cornée.

BIBLIOGRAPHIE

J. Wieden Portillo.—**Note sur la conjonctivite phlycténulaire et son traitement.** (*Revista Valenciana de Ciencias medicas*, 1902.)

En s'étendant surtout sur le traitement de l'affection, qui n'est pas toujours sans danger, l'auteur conseille spécialement pour les phlyctènes du limbe ou de la cornée ayant une certaine tendance térébrante, les attouchements à l'acide chromique (solution aqueuse à 1/5), à l'aide d'un petit tampon d'ouate au bout d'un stylet. Le traitement des affections impétigineuses, si souvent concomitantes et le traitement constitutionnel ont aussi beaucoup d'importance. A. A.

J. Re (Palermo).— **L'acide picrique dans les conjonctivites blennorrhagiques des nouveau-nés.** (*Archivio di Ottal.*, vol. X, juillet 1902, p. 1-16.)

Des solutions de 2 à 2 1/2 % d'acide picrique

sont parfaitement supportées par la conjonctive des adultes atteints de trachome. Pour la conjonctive blennorrhagique, Re se sert d'une solution d'acide picrique à 1 0/0 dans l'eau et glycérine à parties égales. Les instillations et les badigeonnages lui ont donné d'excellents résultats associés aux lavages fréquents antiseptiques. A. A.

G. Corsini (Parme). — **Les microorganismes des conjonctivites.** (*Archivio di Ottal.*, vol. X, juillet 1902, p. 17 à 44.)

D'un résumé critique de tout ce qui a été publié à l'égard des affections microbiennes de la conjonctive (une bibliographie complète est donnée à la fin du travail), l'auteur tire les conclusions générales suivantes : 1° l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale est très utile, parfois insdispensable, pour le diagnostic certain de la forme de conjonctivite néanmoins, le résultat étant souvent insuffisant, il faut le compléter par l'examen des cultures sur différents terrains. 2° L'examen bactériologique peut fournir un élément sûr pour classer l'affection ; nombre de conjonctivites affectant une forme clinique banale seraient reconnues après l'examen bactériologique comme des formes atténuées de conjonctivites de nature grave. 3° L'examen microscopique n'est pas également facile pour toutes les conjonctivites à pneumocoques ou à microorganismes pseudodiphtériques. A. Antonelli.

G. Petella. — **Hémianopsie bilatérale homonyme droite et cécité verbale.** (*Contribution clinique à l'étude de l'aphasie visuelle et considérations*). (*Archivio di Ottal.*, vol. X, août 1902, p. 47-78.)

Le travail de Petella, très brillamment écrit, ne se prête pas à l'analyse. C'est une contribution importante à l'étude des troubles visuels d'origine corticale. L'auteur revendique en passant à Bartolomeo Panizza, professeur à Pavie (1855), la découverte des rapports de la cécité d'un œil par affection cérébrale avec l'écorce occipitale du côté opposé.

A. A.

A. Angelucci. — **Conduite à tenir devant les cas à opérer de cataracte, atteints de dacryocystite.** (*Archivio di Ottal.*, vol. X, août 1902, p. 81.)

En cas de simple sténose lacrymale, pour éliminer tout danger d'infection post-opératoire, Angelucci provoque l'occlusion des canalicules en les fendant partiellement et en les touchant au galvano-cautère. En cas de vraie dacryocystite avec ectasie du sac, l'Aut. conseille de rétablir d'abord, par une sorte de divulsion à l'aide des sondes, un calibre suffisant du canal, tenir la sécrétion par les injections modificatrices et enfin l'occlusion des canalicules au thermo-cautère. En cas de tumeur lacrymale, il faudra commencer par l'incision ab-externe, application du clou de Scarpas et pansement à la glycérine iodée jusqu'à cicatrisation. Ces temps derniers, Angelucci a eu recours aux injections préventives de sérum antistreptococcique, 20 cm. cubes le jour même de l'opération et les deux suivants.

A. A.

G. Lodato (Palermo). — **Etat microbien de la conjonctive chez les ozéneux ; contribution à l'étiologie de l'ozène et de ses complications oculaires.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, 1901, fasc. 3-4, p. 81.)

Les cas étudiés par Lodato (six, dont 3 sans complications oculaires) sont peu nombreux. Il n'a jamais trouvé dans le sac conjonctival le bacille de l'ozène. Dans les cas ne présentant pas de complications oculaires, les cavités nasales contenaient le bacille *Lowenberg-Abel* seul ou accompagné de quelques microcoques vulgaires, tandis que chez les ozéneux affligés de conjonctivite chronique et de lésions cornéennes présentes ou passées, l'examen bactériologique des fosses nasales montra constamment l'association du bacille de Löwenberg avec celui de Belfanti et della Vedova. Il paraît donc douteux que les complications oculaires de l'ozène soient dues au *bacillus mucosis ozenœ*. Lodato pense que ces complications doivent plutôt s'attribuer aux toxines de la flore microbienne qui existe dans les fosses nasales des ozéneux, d'autant plus que des expériences sur le lapin lui ont démontré, par une technique analogue à celle des expériences de *de Bono* et *Frisco*, un pouvoir de pénétrabilité presque nul de la part du bacille de Lowenberg et de celui de Belfanti-della Vedova. L'Aut. termine par quelques détails intéressants de microbiologie concernant le bacille de Lowenberg.

A. Antonelli.

G. Lodato. — **Action du sympathique cervical sur la composition de l'humeur aqueuse.** (*Archivio di Ottalmol.*, vol. IX, fasc. 3-4, p. 105.)

L'augmentation de l'indice de réfraction de l'humeur aqueuse provoquée par excitation du sympathique cervical chez le lapin, ou suivant l'extirpation du ganglion cervical supérieur chez le même animal, est due surtout à l'augmentation des traces d'albumine devenues deux à trois fois plus élevées qu'à l'état normal (0,06 à 0,75 °/₀ au lieu de 0,02 à 0,025, chiffre physiologique établi par Wessely.

A. A.

C. Magnani (Turin). — **Une forme exceptionnelle d'hémianopsie.** (*Archivio di Ottalmol.*, vol. IX, 1901, fasc. 3-4, p. 110.)

Le malade de Magnani présentait défaut de sensibilité rétinienne de la moitié nasale de l'œil D. et de la moitié temporale de l'O. G. Réflexe pupillaire conservé sans réaction hémianopsique. La ligne limitant l'hémianopsie empiétait légèrement surtout en haut et en bas, sur la partie abolie du Ch. V.

L'acuité était d'1/3 O. D. et 1/2 O. G. Pas de lésions ophtalmoscopiques caractérisées. Pas d'antécédents morbides (syphilis ?) un certain degré d'artériosclérose.

Dans le champ hémianopsique, les gros objets, tels qu'une ligne horizontale ou verticale, un rond ou une croix étaient reconnus à condition de les déplacer par de courtes oscillations rapides (en d'autres termes, scotome relatif et négatif de la moitié droite du ch. v. de chaque œil). Un fait analogue a été signalé de Gaudenzi, dans un cas d'hémianopsie corticale et par Muller. Il serait intéressant d'éclaircir s'il s'agit d'un phénomène différentiel entre l'hémianopsie corticale et celle par lésion d'une bandelette, ou bien d'un phénomène en rapport avec les fibres se partageant dans le chiasma (Cajal), ou enfin d'une forme de transition de cécité psychique, ou d'une vraie hémianopsie psychique (Nodet).

A. Antonelli.

G. Colombo (Bologne). — **Heureuse application de la cataphorèse à la thérapie oculaire.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 3-4, p. 113.)

Chez un ouvrier dont les cornées étaient tatouées d'un grand nombre de tout petits points de sulfure d'antimoine, résultat d'une explosion de mélange pyrique, Colombo et Tartuferi, en désespoir de cause, ont essayé l'application de l'électricité à l'aide de 8 à 12 éléments onimus, le pôle positif étant appliqué à la nuque et le négatif aux paupières, au moyen d'un gros tampon de coton imbibé de solution physiologique de chlorure de sodium. Bientôt le blépharospasme, les douleurs et le larmoiement cessèrent, et l'examen des cornées à la loupe de Zehender montra que tous les plus petits points étaient disparus, ne restant que quelques corps étrangers un peu plus volumineux dans la cornée et dans le limbe. L'Aut. présume que le chlorure de sodium se décomposant par l'électrolyse, dégageait du sodium (au pole négatif) et du chlore à l'état naissant pouvant agir sur le sulfure d'antimoine et soufre. Ce dernier pouvant être facilement résorbé par les tissus, le sulfure d'antimoine le pouvait aussi étant soluble. Une partie du chlore naissant pouvait aussi se transformer en Hcl., en contact avec les humeurs des tissus et agir à son tour sur le trisulfure d'antimoine pour donner un trichlorure et de l'acide sulphydrique d'élimination facile.

A. Antonelli.

F. Alessandro. — **Conjonctivite aiguë du chien ; recherches bactériologiques.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, 1901, fasc. 3-4, p. 122.)

L'Aut. a trouvé un bacille différent de tous les micro-organismes connus jusqu'à présent parmi les pathogènes oculaires ; il le croit spécifique de la conjonctivite du chien, et en donne les caractères microbiologiques par des détails de culture et autres, qu'il faut lire dans l'original.

A. A.

De Bono (Palermo). — **Amaurose complète bilatérale aiguë par intoxication alcoolique avec lésions ophtalmoscopiques symétriques.** (*Archivio di Ottal.* vol. IX, 1901, fasc. 3-4, p. 130.)

La cécité brusque et complète, par intoxication *aiguë*, est un fait rare (une dizaine d'observations, publiées avant celle de de Bono). Un homme de 43 ans, déjà fumeur et buveur, après avoir bu un soir plus d'un demi-litre de liqueur très forte (?), se réveilla le lendemain matin, totalement aveugle. Conduit à l'hôpi-

tal, il présentait un facies atterré, anesthésie cornéo-conjonctivale, pupilles très larges et immobiles ; à l'ophtalmoscope, la moitié nasale (i. d.) de chaque disque optique montrait les signes d'une névrite classique, congestion et infiltration exsudative, effacement du bord, etc. Aucune altération visible de la région maculaire. Au bout de 10 jours de traitement (pilocarpine, dérivation intestinale, strychnine), le malade pouvait apercevoir les mouvements de la main à une distance de 50 centimètres, et l'ophtalmoscope montrait une amélioration considérable de l'infiltration papillaire. Au bout d'un mois environ, l'O. D. avait recupéré V = 5/15 et l'O. G. V = 2/60, mais la dyschromatopsie était presque totale. Les disques optiques se montraient déjà, très pâles, avec traces de périvascularité de la région péripapillaire. Champs visuels rétrécis surtout pour l'O. D. montrant aussi un scotome relatif englobant fixation centrale et tache de Mariotte. Comme état définitif, O. D, V = 1/3 ; O. G, V = 2/3 à 1/2. De Bono explique la symétrie parfaite des lésions ophtalmoscopiques par la lésion systématique des vaisseaux papillaires.

A. Antonelli.

P. M. Varese. — **Trouble congénital et héréditaire de motilité du globe oculaire.** (*Archivio di Ottalmol.*, vol. IX, 1901, fasc. 3-4, p. 143.)

L'O. G. d'un homme de 29 ans présentait, pendant la direction du regard à droite, rétrécissement de la fente palpébrale et enophtalmos. Sa mère était atteinte du même trouble. Varese admet un vice congénital de conformation des aponévroses ou tendons d'arrêt (Ténon) n'opposant pas la résistance voulue à l'action des muscles droits (surtout interne et inférieur) en tant que rétracteurs du globe.

A. A.

G. Lodato (Palermo). — **Observations sur la réfraction et la correction optique du kératocône.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, 1901, fasc. 5-6, p. 161 à 199.)

Angelucci démontra par ses recherches à l'aide de l'ophtalmomètre Javal-Schiotz que la cornée conique peut être considérée en général comme une surface hyperbolique et que, d'après les calculs et les observations cliniques, la correction la plus appropriée s'obtiendrait par des verres taillés en surface de cône.

De Bono, plus récemment, a étudié surtout l'As. irrégulier des cornées coniques, dont les méridiens représentaient des courbes à secteurs ayant des rayons de longueur différente. Lohnstein a signalé les causes d'erreurs dans l'étude approfondie du kératocône par l'instrument de Javal et Lodato les confirme par des diagrammes kératoscopiques et des mesures d'un cas très démonstratif. Suivant lui, l'instrument de Lucciola-Cianciolo (voir la description dans l'original) serait le plus indiqué pour les recherches en question, à condition que la lunette puisse être dirigée normalement sur les différents points d'un méridien cornéen quelconque l'axe optique restant toujours dans le plan de ce méridien.

La lunette devrait donc être mobile dans tous les sens, normalement sur une surface concave et le degré d'inclination se lire sur l'appareil.

A. Antonelli.

J. Alessandro (Messine). — **Courbure de la cornée dans l'As. régulier congénital.** (*Archivio di Ottalm.*, vol. IX, 1901, fasc. 5-6, p. 180.)

Dans 20 yeux dont 17 atteints d'As. cornéen non inférieur à 1 D. et 3 d'As. physiologique ne dépassant pas 0,5 D., Alessandro a calculé les éléments des ellipses représentant les méridiens horizontal et vertical correspondant à la ligne visuelle. Suivant la méthode des calculs de Helmholtz, Knapp et Scimemi, Alexandro a institué des formules et des tables lui permettant de conclure que : 1° la courbure cornéenne garde une forme elliptique dans l'As. pathologique, les méridiens croisant la ligne visuelle pouvant être considérés comme des sections d'ellipse ; 2° la forme de ces sections varie sur une même cornée dans les différents méridiens, la différence pouvant être considérable ; 3° la ligne visuelle et naturellement le sommet de la cornée aussi sont généralement tout rapprochés du sommet de l'ellipse pouvant parfois l'atteindre ; il y a néanmoins des cas où la ligne visuelle et le sommet de la cornée se rapprochent davantage de l'extrémité de l'axe le plus court ; 4° la ligne visuelle est placée par ordre de fréquence du côté interne et supérieur, interne et inférieur, externe supérieur et externe inférieur, etc., par rapport au sommet de l'ellipse ; 5° les rayons de courbure aussi et le segment de cornée

examiné correspondent au sommet de l'ellipse ou bien sont placés du même côté que le grand axe : dans ce cas surtout, lorsque la forme elliptique des méridiens est très prononcée, la correction par des verres ne peut pas être parfaite ; 6° la surface antérieure de la cornée peut présenter un aplatissement dans n'importe quel secteur, mais le plus souvent dans le supéro-interne et l'inféro-interne, l'inféro-externe, etc. ; 7° l'angle α est habituellement plus petit que 10°, mais il peut même surpasser 45°. La tangente est positive, excepté dans de rares cas.

A. Antonelli.

Alessandro (Messine). — **Maturation artificielle de la cataracte par la ponction multiple de la cristalloïde antérieure.** (*Archivio di Ottalmol.*, vol. IX, 1901, fasc. 5-6, p. 201.)

Dans 4 cas, l'auteur a eu pleine satisfaction d'un procédé qu'il voudrait appeler *poliphachianixsis*, consistant à pratiquer de 5 à 10 piqûres sur le champ pupillaire de la cristalloïde antérieure, à l'aide d'une simple aiguille à discision.

A. A.

G. Colombo (Bologne). — **Mesures d'acuité visuelle avec des optotypiques sur fond coloré.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 5-6, p. 207 à 230 ; fasc. 7-8, p. 271 à 312, et fasc. 9-10, p. 345 à 378.)

Colombo apporte dans les recherches l'exactitude et le soin qui lui sont personnels. Ses expériences sur les différents papiers de couleur à employer, expériences portant sur la spectroscopie et la photométrie des pigments, sont à lire dans l'original. Parmi les conclusions, relevons celle-ci, que le fond bleu est celui qui laisse constater, même pour des yeux physiologiques, les plus grands écarts dans les valeurs de l'intensité d'éclairage ou de l'angle visuel. A égalité d'éclairage, le fond bleu est celui qui entraîne à des angles visuels les plus grands, héméralopie physiologique pour le bleu, l'héméralopie étant considérée comme une diminution disproportionnée de l'acuité visuelle à éclairage diminué. Du reste, chez les héméralopes avérés, l'hypoesthésie pour l'extrémité bleu-violet du spectre est un fait bien connu.

A. Antonelli.

G. Petella. — **Une centaine de cas d'affections oculaires de nature scrofuleuse traités par les injections hypodermiques iodo-iodurées.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 7-8, janv. 1902, p. 241 à 258.)

Après Nota Trombetta et d'autres, Petella nous dit merveille du traitement constitutionnel des scrofuleux par des injections à la Durante, mais en modifiant la formule ainsi : — Iode pur, 3 gr. ; gaïacol cristallisé Merk, 3 gr. ; (jusqu'à 5, pour être plus sûrs de l'action anesthésiante d'après Massarini) ; iodure de potassium 10 gr. ; glycérine pure et eau distillée ana 50 gr. Les injections quotidiennes de 1 gr., intramusculaires, aux fesses, sont parfaitement supportées par des enfants au-dessus de 5 ans (chez les plus jeunes on commencera par 0.5 à 0.75 gr.). Au bout de 5 à 10 injections, suivant la gravité du cas, l'amélioration commencerait à se manifester et à progresser jusqu'à la guérison, lors même d'un traitement local nul ou limité à l'atropine. Les cas résumés par Petella dans un tableau à la fin du mémoire étaient des kérato-conjonctivites phlycténulaires, des blépharites ciliaires, des kératites superficielles avec pannus herpétique, des kératites en bandelette, des kératites parenchymateuses, non syphilitique (3) et même des conjonctivites trachomateuses ou folliculaires chez des scrofuleux avérés.

A. Antonelli.

G. Lodato et I. Miceli. — **Influence de l'excitation rétinienne sur la réaction chimique des centres nerveux.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 7-8, février 1902, p. 267.)

Dans cette communication préventive de leurs recherches, les Aut. concluent : 1° les cerveaux des grenouilles tenues dans l'obscurité pendant 24 heures au moins présentent une réaction neutre dans la plupart des cas. Parfois l'on remarque une légère acidité due à la substance des hémisphères, les lobes optiques restant toujours neutres ; 2° le cerveau des grenouilles exposées à la lumière solaire directe ou diffuse après les avoir tenues pendant 24 à 48 heures dans l'obscurité est toujours acide. L'acidité est manifestement plus forte dans les lobes optiques que dans les hémisphères, où elle est minime, à peine plus sensible que parfois chez les animaux laissés dans

l'obscurité ; 3° l'acidification des centres nerveux est déjà appréciable après cinq minutes d'exposition à la lumière directe, elle augmente par la durée de la pose, atteint son maximum au bout d'une heure, une pose plus longue ne paraissant avoir plus d'action ; 4° chez les grenouilles ayant subi l'énucléation bilatérale et exposées ensuite à la lumière, les hémisphères présentent une acidité minime, les lobes optiques restant neutres. Ceci montrerait que l'acidification des lobes optiques est provoquée uniquement par l'excitation rétinienne, tandis que l'acidification des hémisphères peut tenir à d'autres causes, probablement surtout à l'excitation photodermique.

Faisant suite aux recherches d'Angelucci ; Lodato, Maggio, Pirrone, les résultats que nous venons d'exposer montrent que réellement la fonction visuelle est en rapport avec les changements chimiques ayant lieu aussi dans les centres nerveux et que ces changements se manifestent (tout au moins chez les vertébrés inférieurs) dans les parties de l'encéphale étroitement liées avec les organes périphériques.

A. Antonelli.

O. Oblath (Trieste). — **Ankyloblépharon filiforme congénital.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 9-10, mars 1902, p. 321.)

Le cas de Oblath serait le cinquième après ceux de Hasner, Bunzel, Wintersteiner, et Webster chez un enfant de 8 jours, l'œil droit présentait un filament biconique réunissant l'interstice des bords des paupières à 5 mm. de distance de l'angle interne.

A. A.

G. Ricchi (Bologne). — **Altérations fonctionnelles de la sphère visuelle cérébrale** (cas de migraine ophtalmique). (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc., 9 mars 1902, p. 324).

D'après l'étude d'un cas intéressant d'amblyopie transitoire accompagnée d'asthénopie, douleurs orbitaires, troubles vaso-moteurs de la face, etc., chez une demoiselle de 27 ans, Ricchi confirme la pathogénie de l'affection telle que nous l'avons soutenue dans notre mémoire de 1894 (traduct. allemande par le Dr Nieser). Il s'agirait de troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale visuelle provoqué par des altérations vaso-motrices sous la dépendance du sympathique. Quant à la thérapie, Ricchi s'est fort bien trouvé, dans son cas, du bromure de potassium à forte dose.

S. Attanasio (Palerme). — **Le sérum de Marmorek en thérapeutique oculaire.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 11-12, juin 1902, p. 401-438.)

Attanasio a essayé le sérum de Marmorek dans des cas de périostite de l'orbite, phlegmon de l'œil, phlegmon du sac lacrymal, trachome aigu à poussées purulentes, conjonctivites muco-purulentes et pseudo-membraneuses, hypopion, kératite, irido-cyclite par traumatisme, infections post-opératoires après extraction de cataracte. D'après les détails des observations, qu'il nous est impossible de relater ici, le sérum agirait d'abord en calmant les douleurs au bout de quelques heures. Si l'injection est faite tout au commencement de l'affection purulente, et à dose généreuse, lorsqu'il le faut, son action thérapeutique n'est pas douteuse. En neutralisant les toxines mises en circulation, en atténuant la virulence des streptocoques et des autres microbes, ordinaires agents de suppuration et en augmentant par l'action tonique le pouvoir de défense des tissus, le sérum aurait aussi une action préventive manifeste contre les infections post-opératoires. Dans ce cas (opération de cataracte chez des sujets atteints de dacryocystite ou de conjonctivite avec sécrétions, d'affections dentaires, d'eczéma, d'ozène ou de diabète), les injections de sérum doivent précéder l'opération et être répétées pendant les suites jusqu'à la guérison assurée.

A. A.

C. Tornabene (Palerme). — **L'indice de réfraction de l'humeur aqueuse dans l'œil soumis à une irritation et dans l'œil congénère.** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 11-12, juin 1902, p. 439.)

D'après ses expériences chez le lapin, l'Aut. conclut que les irritations mécaniques, chimiques et électriques exercées sur un œil font augmenté considérablement l'albumine et la fibrine de l'humeur aqueuse de cet œil, mais ne changent en rien la composition de l'humeur aqueuse de l'œil congénère (examen de l'indice de réfraction à l'appareil d'Abbe). Ces résultats contrediraient ceux de Grünhagen et Jesuer, de Mooren et Kumpf et de Bach, confirmant par contre ceux de Wessely, par

une méthode de recherches encore plus simples et rigoureuses. A. A.

F. Re (Palerme). — **Observations sur quelques remèdes nouveaux de la thérapeutique oculaire (aspirine, dionine, adrénaline, acide picrique).** (*Archivio di Ottal.*, vol. IX, fasc. 11-12, juin 1902, p. 450.)

L'aspirine a une action des plus favorables dans les manifestations oculaires du rhumatisme grave surtout en ce qui concerne les douleurs. L'Aut. conseille d'en donner 1 à 2 gr. par jour en deux jusqu'à six doses. Quant à la dioinine, Re la déclare l'analgésique oculaire le plus sûr agissant profondément et durablement. L'adrénaline, à part tous les cas de médecine et chirurgie oculaires où la décongestion de la surface de l'œil peut rendre grand service, serait presque un spécifique contre le catarrhe printanier. Enfin, l'acide picrique serait très utile dans les affections conjonctivales accompagnées de sécrétion.

A. Antonelli.

P. Morgano. — **Mélanome de l'œil et métastase au foie.** (Catane, 1902.)

Les détails de l'observation clinique de Morgano montreraient la difficulté de diagnostic quand la néoplasie est à son début dans un œil à milieux inéclairables, le secours que, dans des cas du genre, pourrait fournir une ponction exploratrice suivant la proposition de Gorsz, et enfin l'action qu'un traumatisme peut avoir sur l'origine et les poussées du néoplasme.

D'après l'examen anatomo-histologique, la néoplasie présentait une portion intra-oculaire richement pigmentée à cellules polymorphes et ramifiées et une portion extra-bulbaire tout à fait dépourvue de pigment et à cellules fusiformes. Le pigment n'était certainement pas d'origine hématique, les réactions de Perls et de Quincke ayant donné des résultats négatifs ; il devait provenir du pigment local par métabolisme des éléments pigmentaires de l'uvée.

A. Antonelli.

L. Polignani. — **Fibrosarcome kystique de l'orbite d'origine fœtale et propagée à l'œil.** (Naples, 1901.)

Un nouveau-né présentait du côté gauche une tumeur orbitaire qui, en quelques semaines, amena la destruction du globe oculaire et atteignit le volume d'une petite mandarine. L'examen externe et le résultat des ponctions exploratrices faisaient déjà poser le diagnostic de sarcome kystique. A cause du développement de la néoplasie, ayant déjà envahi le maxillaire et déformé le palais, à cause aussi des énormes dangers présentés par l'anesthésie et l'hémorragie, on dut renoncer à toute intervention chirurgicale. Malheureusement, l'examen anatomique ne put pas être pratiqué, l'enfant étant mort au bout de six mois dans un pays éloigné. Polignani discute très minutieusement le diagnostic rapprochant son observation de celle de Valude (sarcome chez un enfant au-dessus d'un an) et l'affirmant comme premier cas observé d'un sarcome kystique d'origine fœtale.

A. Antonelli.

L. Polignani. — **Angiome caverneux de l'orbite.** (1901, Naples.)

L'observation clinique et anatomo-pathologique de Polignani est une intéressante contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de l'orbite suivie par l'index bibliographique complet et par une planche de dessins.

A. A.

A. Marina (Trieste). — **Etude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme eu égard surtout à la paralysie générale et au tabes. Comparaison des altérations du ganglion ciliaire avec celles du ganglion cervical, du sympathique et du ganglion de Gasser. Importance du ganglion ciliaire chez l'homme.** (*Annali di Neurologia*, vol. XIX, Naples, 1901.)

Le travail de Marina est des plus intéressants, faisant suite à d'autres où l'Aut. a montré l'importance du ganglion ciliaire chez les vertébrés supérieurs comme centre des mouvements pupillaires. Dans une première partie de son travail, partie générale et critique, Marina résume les arguments cliniques et les confirmations expérimentales qui forcent à reconnaître dans le ganglion ciliaire un centre périphérique des mouvements pupillaires, tout en ne refusant pas l'existence d'un autre noyau ganglionnaire dans la région des quadrijumeaux. Le ganglion ciliaire aurait donc surtout une fonction motrice contrairement

à ce que Bernheimer et Bach ont prétendu, destinée au sphincter irien.

Dans la deuxième partie du mémoire que l'on pourrait dire documentaire, Marina expose le résultat de 70 observations cliniques et anatomo-pathologiques. L'Aut. a examiné au microscope, après fixation et manipulation appropriées des pièces, les nerfs ciliaires courts et longs, les ganglions ciliaires, les ganglions de Gasser, les ganglions du sympathique cervical et les ganglions spinaux dans une série de cas ainsi partagés : 1° paralysie progressive sans altérations pupillaires (13 cas); 2° paralysie progressive avec troubles pupillaires (23 cas); 3° tabes (5 cas) ; 4° affections diverses (29 cas) avec ou sans altération des pupilles. Dans la dernière partie de l'ouvrage, Marina résume et conclut, surtout en ce qui concerne le ganglion ciliaire au point de vue physiologique et pathologique. Dans tous les cas de tabes et de paralysie progressive avec troubles pupillaires, les ganglions et les nerfs ciliaires présentaient des altérations dégénératives plus ou moins anciennes et étendues des fibres et des cellules, tandis que ces altérations n'existaient pas dans les cas de paralysie générale ou d'autres affections non accompagnées de troubles pupillaires. Le neurone du ganglion ciliaire jouerait donc le plus grand rôle dans l'immobilité pupillaire des tabétiques et des paralytiques généraux et puisque les deux tiers, au moins, de tous les troubles pupillaires chez les adultes sont dus aux tabes ou à la paralysie, le ganglion ciliaire est au premier rang dans la pathogénie des troubles pupillaires.

A. Antonelli.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr E. Meyer, ancien président de la *Société d'ophtalmologie de Paris*, ancien membre du comité de la *Société française d'ophtalmologie*. M. Meyer est mort à Paris le 9 septembre 1902 à l'âge de 64 ans.

Elève de von Graefe, M. Meyer s'établit à Paris en 1863 où il succéda bientôt à Sichel. Il est l'auteur de nombreux mémoires et d'un *Traité d'ophtalmologie*, qui a eu 4 éditions françaises et qui a été traduit en anglais, en espagnol, en italien, en russe, etc. Ce fut un des premiers traités basés sur les travaux de von Graefe. En collaboration avec Dor, père, de Lyon, Meyer fonda en 1882 la *Revue Générale d'Ophtalmologie*.

M. Meyer laisse après lui d'universels regrets, son caractère affable, sa connaissance approfondie des langues étrangères, ont fait de lui un des membres les plus connus des sociétés d'ophtalmologie françaises et étrangères.

AVIS

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison von Heyden a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez Barberon, *place des Vosges*, 15, *Paris, et dans toutes pharmacies.*

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

A partir du 18 août, la Cie P.-L.-M. appliquera les *appareils garde-place* aux voitures directes circulant entre Paris et Genève, et Paris et Chambéry, dans les trains suivants :

Train n° 1, partant de Paris à 9 h. 20 matin.

Train n° 564, partant de Genève à 11 h. 10 matin.

Train n° 612, partant de Chambéry à 11 h. 50 matin, et d'Aix-les-Bains à 12 h. 22 soir.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

Les voyageurs pourront également faire retenir leurs place à l'avance au départ des gares de Paris, Genève, Chambéry et Aix-les-Bains, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 fr. par place.